

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930 - 1931 — N° 13

LE SARCOME DE LA PROSTATE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 3 Décembre 1930

PAR

Louis-Paul-Frédéric DELOULAY

Né à SAINT-MAIXENT (Deux-Sèvres), le 25 Août 1905

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	<i>Président.</i>
		MAURIAC, professeur	
		DELAUNAY, professeur	<i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie Victor CAMBETTE

91, Cours de la Marne, 91

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930 - 1931 — N° 13

LE SARCOME DE LA PROSTATE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 3 Décembre 1930

PAR

Louis-Paul-Frédéric DELOULAY

Né à SAINT-MAIXENT (Deux-Sèvres), le 25 Août 1905

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	<i>Président.</i>
		MAURIAC, professeur.....	<i>Juges.</i>
		DELAUNAY, professeur.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGES.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	N.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale ..	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDERODIAS.	Clinique médicale des maladies des enfants ...	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale ...	N.
Anatomie.....	VILEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie...	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ...	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale ...	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie).

MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.....	{ DUBECQ. DUFOUR.	Maladies mentales.....	{ PERRENS. PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	Chirurgie générale.....	{ JEANNENEY CHARRIER. LOUBAT.
Anatomie pathologique.....	MURATET.		{ PÉRY. N.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	
	{ GREYX. AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	{ BEAUVIEUX.
Médecine générale.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie...	JOULIA.
	{ PIÉCHAUD. DELMAS-MARSALET	Pharmacie.....	GOLSE.
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie..	VITTE.

COURS COMPLEMENTAIRES

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et Parasitologie.....	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		N.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....		GOURDON.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE, A MON PÈRE

*Je dédie ce travail, faible témoignage
de gratitude filiale pour leur vie toute de
sacrifice et de dévouement.*

A MON EXCELLENT AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR MABILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR

MÉDECIN-CHEF DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS DE LA ROCHELLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUCHAMP

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDECIN-CHEF DE L'HÔTEL-DIEU DE POITIERS

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR FOUCAULT

CHIRURGIEN, EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

À MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEBVRE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. PRINCETEAU

EX-CHEF DE CLINIQUE A BORDEAUX
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE NIORT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Que nous sommes heureux de remercier
de la bienveillance qu'il nous a toujours
témoignée et de l'honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de notre thèse.*

INTRODUCTION

Nous nous proposons par ce modeste travail de contribuer à l'étude d'une affection relativement rare, le sarcome de la prostate.

Avec les quelques observations et articles que nous avons pu rassembler, nous allons nous efforcer de synthétiser les idées et notions aujourd'hui acquises sur cette question de pathologie encore mal connue dans sa symptomatologie, son diagnostic et imprécise dans son traitement.

Mais avant d'aborder cette étude, nous tenons à adresser à Monsieur le Professeur Duvergey, qui nous en a donné l'initiative à propos d'un cas observé dans son service du Tondu et nous fait le grand honneur de présider notre thèse, nos sincères remerciements. Qu'il trouve ici l'hommage de notre vive gratitude pour l'enseignement parfait et les bons conseils qu'il nous a prodigués durant notre passage auprès de lui.

LE SARCOME DE LA PROSTATE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les deux premiers cas actuellement connus de sarcome de la prostate furent publiés par Langstaff et Brée, en 1842 et 1846. Il manque à ces deux observations qui intéressent, l'une un enfant de huit ans, l'autre un enfant de neuf mois, les preuves d'authenticité. La première observation de sarcome de la prostate avec preuve histologique a été publiée par Isambert en 1853. A partir de ce moment, on commence à publier de nouveaux cas mais très rares. On les trouve rassemblés dans les traités d'Adams (Londres, 1853), de Gross (Philadelphie, 1855) et surtout l'ouvrage de Thomson (Londres, 1858, 18 cas), où les tumeurs de la prostate sont nettement différenciées de la simple hypertrophie avec laquelle on les confondait jusqu'alors. Cette étude fut reprise par Wyss, en 1866, qui y ajoute 8 observations nouvelles. Jacques Jolly, en 1869, rassemble 41 observations de tumeurs malignes, mais il confond sarcome et carcinome. Le premier essai de classement méthodique des tumeurs malignes de la prostate est fait par Jullien en 1880. Il esquisse un tableau sommaire mais assez exact du sarcome de la prostate. Puis, la thèse d'Oliva (1883), Kapuste (1885) et la thèse d'Engelbach (1888) apportent des preuves qui font

l'individualité incontestable du sarcome de la prostate qui est désormais reconnue. Wind en donne 9 observations chez l'enfant (thèse inaugurale, Munich, 1888) et Barth (*Journal de clinique chirurgicale*, Leipzig, 1891) écrit une monographie complète, à propos d'un cas personnel. Avec Galtzer (1895), Dupraz (1896), Levy (1893), la question passe de la période des faits cliniques à la période anatomo-pathologique.

En 1900, Albarran augmente les statistiques précédentes. En 1902, Burekhardt donne une liste définitive de 24 sarcomes primitifs de la prostate après révision minutieuse des cas publiés. Les recherches de Proust et Viau (1907) portent le chiffre des observations authentiques à 34. La thèse de Descuns (1912) apporte 7 cas nouveaux. Nous signalons encore les travaux d'ensemble du professeur Panchet (1912), de Bumpus, qui apporte des idées intéressantes sur le traitement du sarcome de la prostate par le radium et les rayons X (1925), de Culver (1926), de Smith et Togerson (1926) qui, rassemblant toutes les observations antérieures, arrivent à un total de 84 cas.

Nous terminons aujourd'hui notre thèse sur un total de 94 observations authentiques.

CHAPITRE II

Étiologie.

Le sarcome de la prostate est une affection du jeune âge. Sur le total de nos observations, nous trouvons 32 cas chez des sujets âgés de moins de 10 ans, soit une proportion de 33 %. Si nous prenons les cas au-dessous de 30 ans, nous arrivons à une proportion très élevée de 55 %. Puis, rare entre 30 et 50 ans, il redevient plus fréquent au-dessus et atteint la proportion de 20 %.

La fréquence du sarcome de la prostate par rapport au cancer de cet organe a été étudiée par Wolf en 1900, Socin et Burckhardt, Oliva et Engelbach, qui tombent d'accord sur le chiffre de 29 %. En réalité, il faut tenir grand compte de l'âge dans cette évaluation et il est plus intéressant de signaler que seul le sarcome existe chez l'enfant alors que dans l'âge avancé il ne représente plus que 5 % des tumeurs malignes de la prostate.

Les sarcomes de la prostate sont primitifs ou secondaires. Primitifs, ils se développent surtout, comme le fait remarquer le professeur Pauchet aux dépens des débris embryonnaires mêlés aux éléments nobles des glandes prostatiques plutôt qu'aux dépens des tissus glandulaires mêmes. Ce sont les plus nombreux. Au contraire, les sarcomes secondaires sont rares. En ce cas, ils résultent de la propagation d'une néoplasie venant le plus souvent des vésicules séminales, des corps caverneux, des testicules, de la vessie ou du rectum.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

La prostate atteinte de sarcome, présente toujours une augmentation de volume mais qui est plus importante chez l'enfant que chez le vieillard. Ce volume varie de la grosseur d'un œuf de poule à celle d'une tête d'enfant. Plus que cette évaluation comparative de la tumeur, la place qu'elle occupe dans la cavité abdominale montre le volume considérable que peut atteindre le sarcome de la prostate. En général, la tumeur occupe tout le bassin, le dépasse souvent, remontant au-dessus de la symphyse et parfois même au-dessus de l'ombilic. Plus rarement, le sarcome se développe vers le périnée qu'il repousse (comme dans notre observation).

La forme de la tumeur est variable. En général, c'est un ovoïde plus ou moins régulier, où la lobulation est parfois à peine ébauchée, plus rarement papillomateuse.

La prostate est le plus fréquemment envahie dans sa totalité par la néoplasie. Quelquefois l'un des lobes présente un développement plus marqué. Parfois aussi on trouve une partie de prostate saine mais ce n'est qu'exceptionnellement qu'on trouve un seul lobe intéressé par la tumeur.

Le sarcome est généralement bien limité, encapsulé.

Quant à la consistance, elle est variable. D'après Socin et Burckhardt, les sarcomes à grosses cellules seraient durs et ceux à petites cellules seraient mous. Mais bien des causes peuvent intervenir pour modifier la consistance de la totalité ou de certaines parties de la tumeur et

parmi celles-ci : la dégénérescence myxomateuse, les foyers hémorragiques, la dégénérescence graisseuse et les cavernes.

A la coupe, le tissu est blanchâtre, lardacé, présentant le plus souvent des marbrures brunâtres, hémorragiques. La surface de coupe est lisse, parcourue par des bandes fibreuses qui donnent un aspect grossièrement lobulé. On y trouve souvent de petites cavités kystiques à parois rouges ou quelques foyers hémorragiques en voie de régression.

Dans son développement, le sarcome entre en contact avec les organes du bassin, soit en les comprimant simplement, soit en contractant avec eux des adhérences, soit en les envahissant. Les deux organes les plus intéressés sont la vessie et le rectum et de cela découle presque toute la symptomatologie de la question.

La vessie est habituellement refoulée en haut et en avant. Ses parois sont hypertrophiées, infiltrées ou ont simplement contracté des adhérences. Sa muqueuse, très rarement envahie, coiffe les saillies que la tumeur fait dans la cavité vésicale, saillies généralement petites et papillomateuses dont l'une peut quelquefois se prolonger dans le col vésical jusque dans la portion membraneuse de l'urètre; ces saillies occupent presque toujours la région du trigone et le col vésical. Très rarement la tumeur a perforé la muqueuse vésicale et fait irruption dans la cavité. La vessie est généralement dilatée, exceptionnellement ratatinée.

Le rectum est presque toujours comprimé et souvent adhérent par sa paroi antérieure. Sa muqueuse a été rarement trouvée ulcérée.

L'urètre est atteint de façon presque constante dans sa portion prostatique, rejeté soit à droite, soit à gauche, subissant même quelquefois une double courbure. Il est en général rétréci, quelquefois dilaté. L'infiltration des

parois urétrales est localisée à l'orifice interne et à sa portion prostatique. On y retrouve les mêmes formations polypeuses que dans la vessie. Les autres portions sont saines, néanmoins, parfois, la lumière du canal est plus ou moins obstruée par un polype à point de départ soit vésical, soit prostatique.

Les vésicules séminales et canaux déférents sont rarement complètement noyés dans la tumeur. Le plus souvent il y a infiltration plus ou moins profonde de l'un ou l'autre côté. Quelquefois, ils sont absolument indemnes.

Les uretères n'ont jamais été trouvés envahis, mais ils sont plus ou moins dilatés par la rétention. Il en est de même des bassinets. Les reins sont parfois atrophiés, mais ils présentent le plus souvent, par suite de l'infection secondaire, les lésions anatomo-pathologiques classiques de la pyelonéphrite ou de la pyonéphrose. Ils sont quelquefois le siège de métastases.

L'infiltration néoplasique peut, de proche en proche, envahir tous les organes du bassin : tissu cellulaire retro-péritonéal et pré-rectal, os du bassin, intestin grêle, colons, épiploons, péritoine.

Comme dans les autres sarcomes, les ganglions sont assez rarement envahis. Le fait n'est cependant pas exceptionnel et ce sont d'abord les ganglions sacrés, puis les inguinaux, enfin, une fois, les cervicaux.

Les métastases ne sont pas rares. Elles se font habituellement par voie sanguine. Il en existe cependant un cas indubitable par voie lymphatique (dans Culver). Elles atteignent, presque toujours, plusieurs organes à la fois. Et ce sont, par ordre de fréquence : les poumons et les plèvres surtout, puis la rate, le squelette, le pancréas, la dure-mère, les reins, le foie et l'estomac.

CHAPITRE IV

Histologie pathologique.

D'après les examens microscopiques qui accompagnent toutes les observations que nous avons relevées, nous voyons que les variétés de sarcome de la prostate sont nombreuses. Avec Brault, nous les diviserons d'abord en deux grandes classes principales : les sarcomes à tissu unique et ceux à tissus multiples et, dans chacune d'elles, nous énumérerons les sous-classes.

I. — *Sarcome à tissu unique.*

1. Globo-cellulaires (41 cas).

a) Tantôt ces tumeurs sont constituées par de petites cellules rondes ou polyédriques par pression réciproque, d'égales dimensions, deux fois et demie plus grandes qu'une hématie, à gros noyau et très pauvres en protoplasma. Elles sont accolées les unes aux autres ou séparées, sur certains points, par une substance intercellulaire très peu abondante. On a parfois distingué quelques vaisseaux sanguins.

b) Plus rarement, on a affaire à des sarcomes à grosses cellules rondes. On y trouve alors de nombreux vaisseaux dilatés ou des cavités kystiques hémorragiques. Rarement on y retrouve du tissu prostatique.

2. Fuso-cellulaires (16 cas).

La consistance est plus ferme que celle des précédents. Rarement les cellules fusiformes sont toutes petites. Le

plus souvent, il y en a des grandes et des petites inégalement réparties, disposées en séries allongées. On y trouve de nombreux vaisseaux, sans parois propres, limités par les éléments néoplasiques.

A la périphérie de la tumeur, on a vu quelque fois un tissu fibreux dense qui formait une capsule très nette.

3. A cellules polymorphes (11 cas).

Cellules rondes et fusiformes avec parfois dégénérescence myxomateuse.

4. Lymphosarcomes (6 cas).

Tumeur constituée par du tissu réticulé rempli de petites cellules lymphoïdes ou par des cellules plus volumineuses présentant les caractères des leucocytes.

II. — *Sarcomes à tissus multiples.*

1. Myxosarcomes (6 cas).

Les éléments sarcomateux sont mélangés à du tissu muqueux nettement différencié.

2. Angiosarcomes (3 cas).

L'axe des formations dont l'ensemble constitue la tumeur est occupé par un vaisseau sanguin. Autour de ce vaisseau, affectant une disposition rayonnée, sont disposées les cellules sarcomateuses fusiformes.

3. Chondro-sarcome (1 cas).

A côté des éléments globo-cellulaires, il y avait de nombreux îlots de cartilage hyalin.

4. Adénosarcome (1 cas).

Les deux éléments étaient combinés chez le malade de Birsch-Hirschfeld.

5. Fibromyosarcome (1 cas).

Pour le professeur Van Kahliden qui l'a observée, les

cellules fusiformes ressembleraient à des cellules musculaires lisses. Les vaisseaux sanguins seuls, bien que rares, n'ayant pas de parois différenciées, ressembleraient à ceux que l'on trouve dans les sarcomes.

6. Rhabdomyosarcome (6 cas).

Ces tumeurs sont constituées par des cellules fusiformes avec dégénérescence myxomateuse en certains points. Le caractère le plus important est qu'on y trouve de grandes cellules, le plus souvent polynucléées, tantôt arrondies, tantôt polygonales, tantôt pyriformes ou étoilées, ayant des prolongements analogues à ceux des cellules nerveuses et souvent une fine membrane d'enveloppe fibreuse, le plus souvent séparée du corps cellulaire par un espace vide. On note également sur ces cellules une striation longitudinale et parfois aussi transversale.

On peut voir toutes les formes de transition entre les petites formes cellulaires décrites plus haut et les bandes de fibres musculaires de longueur, de largeur et de forme très variables qui apparaissent, les unes non striées, les autres striées longitudinalement ou même transversalement sur une étendue plus ou moins grande.

La situation des fibres, les unes par rapport aux autres, montre tantôt une tendance à la disposition fasciculée, tantôt, au contraire, un enjremêlement désordonné. »

De nos constatations, il découle nettement que le sarcome des enfants est surtout le globo-cellulaire à petites cellules rondes. Celui des vieillards serait plutôt le fusocellulaire. L'âge moyen de la vie se partage les autres variétés.

N.B. — Il y a des observations pour lesquelles les auteurs ont porté le diagnostic de sarcome après examen microscopique, mais sans en préciser la variété.

CHAPITRE V

Symptomatologie.

Au point de vue des symptômes, nous devons indiscutablement séparer, comme Proust et Viau, deux grandes formes cliniques suivant l'âge.

I. — *Sarcome du jeune âge* (au-dessous de 30 ans).

N'ayant presque exclusivement que des signes d'emprunt, il n'est pas étonnant que le début réel du sarcome de la prostate passe inaperçu. Ce n'est que lorsque la tumeur a acquis un volume suffisant pour gêner l'évacuation de la vessie, qu'alors elle se révèle. Les signes de ce début apparent sont variables suivant les cas. Le plus souvent, c'est un début brutal par une crise de rétention complète survenant brusquement, sans aucun prodrome, qui attire l'attention. D'autres fois, le même début soudain survient après quelques prodromes : phénomènes de dysurie ou signes de rétention incomplète. Plus rarement, il n'y a que rétention incomplète. Un signe négatif important, c'est l'absence habituelle d'hématurie. (Nous ne l'avons trouvée que dans deux cas.)

A ce stade, le toucher rectal, s'il est pratiqué, donne des renseignements précieux. On tombe sur une masse du volume d'une noix à une mandarine, irrégulière, lisse, molle, et que l'on constate développée aux dépens de l'un ou des deux lobes de la prostate.

A la période d'état, deux signes nouveaux importants vont entrer en scène : les troubles intestinaux et les douleurs.

Les troubles urinaires du début ne sont pas restés identiques parce qu'on a été généralement obligé d'intervenir. Quelquefois, si le malade a été sondé régulièrement, il a été constaté que la miction spontanée pouvait se rétablir mais cependant que d'une manière temporaire. Plus souvent, le cathétérisme devenant chaque jour plus difficile, on a été conduit à la cystostomie. Si le malade a été abandonné à lui-même, alors ont eu lieu des mictions par regorgement.

Un autre signe urinaire provenant de la pratique du sondage, est la déviation du canal, déviation qui s'accroît et devient parfois multiple à mesure que se développe la tumeur.

Comme autre trouble fonctionnel, les douleurs occupent la deuxième place. Elles sont dues à la compression des voies urinaires, du rectum et du plexus sacré.

Puis viennent les troubles d'évacuation intestinale qui, exceptionnellement, sont les premiers en date. La constipation apparaît d'abord pouvant aboutir à de véritables crises de sub-occlusion. Plus tard, au contraire, lui succède la diarrhée avec ou sans incontinence des matières.

On note encore de l'œdème, soit localisé aux membres inférieurs, aux bourses et au périnée, soit généralisé.

Les signes généraux de cette période d'état sont ceux de toutes les néoplasies : amaigrissement, pâleur, perte de l'appétit et asthénie.

Les signes physiques à ce stade sont extrêmement révélateurs.

Souvent il y a distension du périnée, accompagnée parfois d'une béance plus ou moins large de l'anus, par où la tumeur peut saillir en refoulant la muqueuse rectale.

Souvent aussi la région hypogastrique fait percevoir une masse qui, au premier abord, paraît être une vessie distendue, mais le cathétérisme fait se rendre compte qu'il ne s'agit pas d'une vessie mais d'une tumeur qui

remonte parfois même au-dessus de l'ombilic, à consistance élastique et, par places, souvent fluctuante.

Le toucher rectal montre une masse énorme encapsulée qui remplit tout le bassin. Combiné au palper périnéal ou hypogastrique, il donne des renseignements précis sur le volume, la consistance et la fixité de cette masse.

Quelquefois, on trouve un engorgement ganglionnaire au niveau des plis inguinaux, des fosses iliaques internes et, même, on le trouve signalé dans une observation, des ganglions cervicaux.

Il faut rechercher à cette époque l'existence de métastases, bien que, chez l'enfant, elles n'aient guère le temps de se constituer.

La marche de la maladie est toujours rapide après l'apparition des troubles urinaires. L'augmentation du volume de la tumeur est, en général, prodigieusement rapide. Parfois, les fragments s'éliminent par l'urètre et viennent l'obstruer momentanément. Parfois aussi, la tumeur ulcère le rectum et des parcelles s'échappent par l'anus. Parallèlement, la cachexie s'accroît ainsi que les autres signes généraux.

La durée est, en général, de moins d'un an, à compter du premier examen médical en général contemporain du premier symptôme : la rétention d'urine.

II. — *Sarcome des gens âgés* (au delà de 30 ans).

Ce n'est qu'au delà de 50 ans que cette deuxième forme clinique a des caractères nettement distincts de la première, mais comme de 30 à 50 ans, le sarcome de la prostate est rare, nous pouvons y englober sans inconvénients tous les cas restants.

Albarran a dit : « Le sarcome évolue à peu près comme l'épithélioma dont il emprunte les symptômes ». Ceci est vrai, mais le sarcome n'a pas la prédilection du carcinome pour les ganglions.

En dehors de l'augmentation de volume de la glande, les signes sont surtout négatifs. Il est rare que la rétention se montre d'une manière imprévue. Les troubles urinaires du début sont quelques phénomènes de dysurie, moins marqués que dans le cancer. Le cathétérisme, rarement difficile, ne présente pour ainsi dire jamais ces obstacles insurmontables qui, chez les jeunes, conduisent à la cystostomie.

La tumeur, toujours beaucoup moins considérable que dans la première forme, vient rarement saillir à l'hypogastre et, rarement aussi, au périnée. Elle est toujours perceptible au niveau du rectum où elle a pu déterminer de réels phénomènes de compression : constipation opiniâtre, obstruction, apparence rubannée des matières fécales.

L'évolution est relativement lente et l'exérèse a pu donner, chez certains vieillards, des survies appréciables. C'est aussi, dans ces cas, que les métastases ont le temps de se produire.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

I. — *Chez l'enfant et l'adulte (au-dessous de 30 ans).*

Il faut penser au sarcome de la prostate en face d'accidents de rétention, complète ou incomplète, accompagnés d'une tumeur à l'hypogastre ou au périnée et d'altération rapide de l'état général et pratiquer le toucher rectal. Le diagnostic différentiel sera à faire avec :

1. Le sarcome vésical qui est une affection rare mais dont le diagnostic avec celui de la prostate est très difficile dans le bas-âge, car la glande elle-même est trop petite pour être reconnue;

2. L'abcès de la prostate et les abcès périnéaux, qui s'en distinguent par les antécédents, le toucher rectal et l'évolution beaucoup plus rapide;

3. La tuberculose de la prostate que l'on éliminera par les antécédents, les autres lésions concomitantes de tuberculose et, en particulier, la constatation de noyaux épididymaires qui coexistent neuf fois sur dix, enfin par la recherche des bacilles de Koch dans le premier jet d'urine émis aussitôt après une séance de massage des vésicules séminales et de la prostate.

4. Le kyste hydatique du pelvis. Mais ici, l'évolution est lente, l'état général est indemne et, enfin, la recherche de l'éosinophilie, la séro-réaction de Weinberg et l'intradermo de Casoni trancheront le diagnostic;

5. Le sarcome des os du bassin. Il faut y penser et passer le sujet à la radiographie.

6. Le cancer de la prostate est d'une dureté ligneuse et n'est pas encapsulé. Les vésicules séminales, injectées au suif, sont perceptibles au toucher rectal.

Au contraire, le sarcome de la prostate est limité, encapsulé, même lorsqu'il distend les téguments et la paroi rectale, il ne les envahit pas.

II. — *Chez le vieillard.*

Il faudra surtout éviter de confondre le sarcome de la prostate, tumeur lisse et molle, avec :

1. L'hypertrophie prostatique qui se traduit par les mêmes troubles fonctionnels, mais où le toucher rectal montre une masse mobile, élastique et à surface grenue;

2. L'épithélioma de la prostate qui est moins volumineux mais dont la consistance est extrêmement dure.

CHAPITRE VII

Pronostic.

Le pronostic varie aussi suivant l'âge. Il est fatal et la mort est extrêmement rapide chez l'enfant où la tumeur est déjà trop développée lorsqu'elle se manifeste et est découverte. Et nous allons voir que, dans l'état actuel de nos connaissances, la thérapeutique ne vient en rien l'améliorer.

Chez le vieillard, au contraire, l'évolution toujours fatale jusqu'alors, mais beaucoup plus lente du sarcome, permet l'essai de traitements dont certains résultats très heureux portent à penser qu'avec les perfectionnements des méthodes et la précocité du diagnostic, nous pourrons, au moins dans cette forme clinique, entrevoir un jour la guérison ou une survie équivalente.

CHAPITRE VIII

Traitement.

« Les sarcomes ont donné les plus longues survies mais, parfois aussi les morts les plus rapides. C'est qu'il ne faudra s'attaquer qu'aux tumeurs encapsulées et surtout respecter les sarcomes de l'enfance à cause de leur marche prodigieusement rapide qui les met tout de suite hors de portée chirurgicale ». (Hallopeau.)

Là aussi, en effet, nous devons encore séparer le sarcome du jeune âge du sarcome du vieillard.

I. Les sarcomes de l'enfance sont de suite, de par leur volume et leur marche rapidement envahissante, au-dessus des ressources de la chirurgie.

Les essais opératoires lus dans les observations que nous avons recueillies donnent les résultats suivants :

Obs. 18 : enfant de 14 ans, mort 28 jours après par généralisation;

Obs. 23 : enfant de 3 ans 3 mois, mort 5 jours après;

Obs. 45 : enfant de 4 ans, mort 20 jours après;

Obs. 65 : enfant de 14 ans, mort 14 jours après;

Obs. 70 : enfant de 3 ans et demi, mort 2 mois après;

Obs. 73 : enfant, mort 2 mois après;

Obs. 88 : enfant de 12 ans, mort 22 jours après de broncho-pneumonie.

Il résulte de cela que seule, au point de vue chirurgical, l'intervention palliative, c'est-à-dire la cystostomie sus-pubienne, est indiquée chez l'enfant.

II. — Chez l'adulte aussi on fera la cystostomie pour dériver les urines, soit seule quand on ne pourra faire mieux, soit comme temps préparatoire à l'opération radicale. Chez l'adulte, en effet, c'est le sarcome qui, comme tumeur maligne de la prostate a donné les moins mauvais résultats.

Survie de 5 ans et demi : cas de Socin-Burkhardt.

Survie de 4 ans : cas de Mac-Gowan.

Survie de 11 mois : cas de Fuller.

Survie de 9 mois : cas de Verhoogen.

Mais quelle voie emprunter pour faire cette prostatectomie ?

La plus recommandable est la voie périnéale par le procédé de Young qui consiste à extirper en un seul bloc la prostate, une calotte adjacente de la vessie, une partie de l'urètre membraneux, les vésicules séminales et un long segment des canaux déférents. On suture ensuite la tranche vésicale à l'urètre membraneux.

C'est, toutefois, une opération très délicate à cause de la friabilité de la tumeur et à dénouement souvent fatal à cause des fréquentes hémorragies profuses.

Mais en face du traitement chirurgical insuffisant dans nombre de cas, absolument impuissant ou même néfaste en d'autres, certains se sont adressé à la physiothérapie.

Voici, tout d'abord, les cinq cas rapportés par Bumpus dans son article :

1^o Homme de 59 ans. Envoyé à la clinique des frères Mayo pour troubles de la défécation datant de huit mois. Myxosarcome de la prostate. Essai d'extirpation par voie périnéale. Dix jours après 100 milligrammes de radium sont placés pendant six heures dans la masse. Dix mois après, la tumeur a 2 centimètres de diamètre au lieu de 5. Alors, pendant trois jours consécutifs, on place 100 milligrammes de radium pendant une heure chaque jour. On

répète ceci un mois et deux mois plus tard. Un an après l'opération, on place une aiguille contenant 12 milligrammes 5 de radium pendant trente-six heures.

Six mois et un an et demi après cette dernière séance, le patient retourne à la clinique pour se faire voir. Il est en parfaite santé et fait son travail de façon satisfaisante.

Deux ans après l'opération originelle, on trouve quelques nodules prostatiques qui sont traités par douze heures de radium. Six mois après, rien en dehors des nodules cicatriciels. Une dose prophylactique de 50 milligrammes de radium est donnée à travers le rectum pendant deux heures.

Trois ans après l'opération, des nodules persistent encore. On place une aiguille de 288 milligrammes-heure de radium ce jour-là et six mois après.

Deux mois après : deuxième intervention chirurgicale. La tumeur est énucléée et 50 milligrammes de radium sont placés pour vingt-deux heures. Suites opératoires pénibles. Un an après, bon état général mais récidive juste au-dessus du sphincter. On met 3750 milligrammes-heure de radium. Puis, pendant l'année 1922 qui suit, cinq ans après le début de l'affection, nombreuses séances de rayons X. Mort le 28 septembre 1924.

En sept ans et deux mois, cas record, cet homme a reçu 10.000 milligrammes-heure de radium et subi de nombreuses séances de rayons X.

2° Myxosarcome chez un enfant de 3 ans. Intervention suivie de 50 milligrammes-heure de radium pendant deux heures et une séance de rayons X. L'enfant meurt deux mois après sa sortie de l'hôpital. Bumpus pense que, si le traitement eût été localisé au radium, le résultat eût été meilleur.

3° Lymphosarcome à marche rapide chez un homme de 28 ans. Cystostomie pour curiethérapie. On place 4 aiguilles de 12 milligrammes 5 de radium pendant douze heures dans le centre de la tumeur et 10 tubes de 600 milli-

grammes heure à la surface. Le patient part de chez lui trois semaines après. Mort cinq mois après.

4° Lymphosarcome chez un homme de 64 ans. Un mois après le début des troubles urinaires, on enlève 85 grammes de la tumeur par voie sus-pubienne et on applique 75 milligrammes de radium dans le rectum pendant deux heures et 25 milligrammes de radium dans l'urètre pendant trois heures, soit un total de 225 milligrammes. Un mois après le patient retourne à la clinique. Le lobe gauche a regressé. On lui fait cinq séances de rayons X. Survie de deux ans.

5° Fibrosarcome chez un homme de 69 ans. Pendant les huit premiers mois de son affection caractérisée par des troubles intestinaux et rectaux, le patient refuse le traitement au radium proposé. Enfin, ayant accepté, on lui place 4 aiguilles de 400 milligrammes-heure chacune directement dans la glande, un tube de 100 milligrammes dans le rectum pendant quatre heures et que l'on place ensuite dans l'urètre pour un temps égal. Un mois après, on recommence le même traitement au radium et on fait en plus six séances de rayons X de 35 minutes chacune. Radio-cystite qui nécessite un mois après un drainage sus-pubien pour éviter le ténesme et la fréquence des mictions. On laisse un tube supra-pubien pendant trois mois. Sept mois après la dernière séance de radium, le lobe droit est envahi. L'infiltration va au delà de la capsule. Une année se passe, puis cystite avec hématurie. Mort quatre ans et demi après l'examen initial.

Et parmi les observations que nous avons reproduites, nous résumons les résultats suivants : Obs. 73 (Brongersma). Sarcome chez un enfant. Prostatectomie par voie sus-pubienne. Récidive au bout de deux mois. Rayons X. Amélioration de très courte durée.

Obs. 75 (Herrick). Sarcome fuso-cellulaire chez un homme de 33 ans. Prostatectomie par voie sus-pubienne suivie d'applications de radium. Survie de 14 mois.

Obs. 76 (Stern et Ritter). Sarcome fuso-cellulaire chez un homme de 45 ans. D'abord, deux applications de rayons X, puis prostatectomie sus-pubienne suivie d'une application de 840 milligrammes-heure de radium. Survie d'un an et demi.

Obs. 87 (Smith et Togerson). Rhabdomyosarcome chez un homme de 31 ans. Prostatectomie périnéale et rayons X. Mort deux mois après.

Obs. 92 (Bugbee). Sarcome chez un homme de 49 ans. Prostatectomie périnéale et traitement radiothérapique pendant quatre mois. Perdu de vue.

Obs. 93 (Chauvin et Empereire). Sarcome de la prostate chez un homme de 20 ans. Traitement radiothérapique seul. Bons résultats. Suivi.

Sur 11 cas traités par la physiothérapie associée au traitement chirurgical, nous résumons les survies suivantes : 7 ans 2 mois, 4 ans, 2 ans, 1 an et demi, 14 mois. Il est donc certain que ce traitement par le radium et les rayons X n'est pas négligeable (Bumpus le pense supérieur) et qu'à l'heure actuelle il doit être essayé dans tous les cas et aussi précocement que possible.

En résumé, nous disons : 1° chez l'enfant, cystostomie sus-pubienne et physiothérapie; 2° chez l'adulte, prostatectomie et physiothérapie.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

OBSERVATION INEDITE

(due à l'obligeance de M. le Professeur Duvergey).

Jeune homme de 17 ans, envoyé le 22 novembre 1929 dans le service de M. le Professeur Duvergey, pour troubles urinaires. Antécédents héréditaires et personnels : néant.

Le début remonte au 15 juillet 1929. Il y a donc 4 mois, le malade aurait ressenti des brûlures vésicales se manifestant pendant toute la miction et un peu après. Mais surtout s'est manifestée une dysurie progressive avec pollakiurie. Il arrive rapidement à la rétention et vers le 15 septembre, n'urine plus alors que par regorgement. Son médecin lui place à ce moment-là une sonde à demeure pendant 15 jours. Celle-ci étant retirée et le malade n'arrivant pas à uriner spontanément, le médecin pensant à un abcès de la prostate pratique une périnéotomie. On n'a pas de renseignement sur le résultat de cette intervention sanglante. On place une nouvelle sonde qu'on enlève au bout de 48 heures. Le malade urine alors par le canal et surtout par la fistule périnéale. Depuis, la fistule tendant à se fermer, les mêmes symptômes réapparaissent. Il a peu maigri pendant cette période. Les urines ont toujours été claires. Il n'y a jamais eu d'hématurie. Il a toujours conservé bon appétit.

Examen à l'entrée dans le service (22 novembre 1929). — Etat général peu florissant. Malade pâle. Cependant, il affirme être très endurant pour son travail quotidien de cultivateur particulièrement fatigant.

Localement, l'inspection montre un globe hypogastrique remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, bien que le malade ait uriné il y a à peine une heure. Une fistule périnéale persiste sur la cicatrice opératoire qui laisse sourdre un léger suintement purulent.

Testicules normaux. Rien du côté des reins.

A la palpation. — De chaque côté de la masse vésicale, on trouve des tumeurs, roulant sous le doigt, qu'on apprécie plus facilement après le sondage.

Toucher rectal. On tombe sur une masse considérable, irrégulière, bosselée, de consistance rénitente, sauf au niveau de la corne droite qui paraît indurée. Cette masse est limitée latéralement mais elle est mal limitée en haut où elle se prolonge vers le bas-fond vésical. La palpation n'est pas douloureuse et un massage léger ne ramène pas de liquide par l'urètre.

Pas de ganglions inguinaux.

Le sondage ramène 700 grammes d'urine claire et le globe vésical disparaît, permettant ainsi une palpation plus facile de tumeurs iliaques droite et gauche. On trouve en effet, dans les deux fosses iliaques une masse lobulée, irrégulière, mobile, indolore, filant vers la profondeur et qui donne l'impression d'un paquet ganglionnaire. Le cystoscope ne peut être introduit étant arrêté au niveau de l'urètre prostatique.

Analyse d'urine : albumine, 0,06; sucre, 0.

Urée du sang : 0,65.

Pression artérielle : 15-8; indice, 1,5.

Pouls à 82. Pas de température.

Le 27 novembre 1929 : cystostomie par anesthésie locale à la butelline.

Depuis, le malade semble amélioré.

Examen du 13 décembre 1929. — L'état général semble meilleur. Pas de température. Urines abondantes : 2 litres par 24 heures, claires à l'émission. S'alimente convenablement. Va à la selle régulièrement. Le périnée fait une saillie considérable en avant et des deux côtés de l'anus. On sent à ce niveau des masses solides un peu bosselées. Le toucher rectal montre que ces masses se prolongent vers la tumeur

prostatique devenue considérable, effaçant à peu près complètement la lumière rectale. Depuis la cystostomie, la néoplasie a présenté une évolution très notable.

Examen du 3 janvier 1930. — Le périnée bombe considérablement et est refoulé par la tumeur. Elle forme une grosseur périnéale comme une demi-tête de fœtus. Masses ganglionnaires considérables dans les fosses iliaques internes, surtout dans la droite. Ganglions inguinaux volumineux, gros comme des œufs de poule, à peine sensibles. Œdème des deux membres inférieurs. Urines claires. Selles difficiles nécessitant des lavements. Amaigrissement très marqué. Anémie considérable.

Examen du 14 janvier 1930. — L'état général devient lamentable. Il existe des douleurs continues dans tout l'abdomen et le petit bassin, surtout à gauche, qui empêcheraient le sommeil si on ne piquait le sujet à la morphine. Perte complète d'appétit. Le malade ne prend plus que deux tasses de bouillon de légumes par jour. Il est en sub-occlusion, n'étant pas allé à la selle depuis sept jours. Ventre dur, un peu ballonné. Asthénie très marquée. L'œdème des membres inférieurs a gagné les bourses. Il existe des sécrétions anales et les urines contiennent des filaments blanchâtres. Le malade meurt le 7 février 1930 en pleine cachexie.

Nécropsie le 8 février (empruntée à mon camarade Rigaud).

1° Incision en croix du périnée. La tumeur molle, régulière, mais bosselée, encapsulée, bombe directement sous la peau du périnée dont les différents plans ont été écartés par la descente du sarcome. Elle s'étend jusqu'aux branches ischio-pubiennes et le bulbe est comprimé. Le rectum est complètement aplati et sa lumière a disparu. Le volume de la masse périnéale est de la grosseur d'une tête de fœtus.

2° Incision hypogastrique : L'anse sigmoïde entièrement dilatée occupe la plus grande partie de l'abdomen et remonte jusqu'à l'étage sus-mésocolique. Les colons descendant, transverse et ascendant sont également dilatés mais en raison inverse de leur éloignement de l'anus. La masse du grêle est normale.

Pas de métastase hépathique. Pas d'ascite.

La vessie, repoussée en avant, a ses parois épaissies et du res. Le col vésical est comprimé et on ne peut introduire même une sonde cannelée dans l'urètre.

La tumeur est surtout développée sur la face postérieure de la prostate, épousant la concavité du sacrum. Elle se développe également sur les faces latérales de la vessie enserrant l'urètre gauche alors que le droit n'est pas comprimé.

On note l'envahissement des ganglions hypogastriques, mésentériques inférieurs, faisant des masses assez volumineuses ainsi que des ganglions mésentériques supérieurs et aortico-caves.

Les ganglions retro-cruraux et des deux cadrans internes du triangle de Scarpa forment des masses volumineuses facilement énucléables et qui étaient perceptibles à la palpation.

La tumeur est enlevée dans sa totalité par clivage en même temps que la vessie, la prostate et l'appareil caverneux.

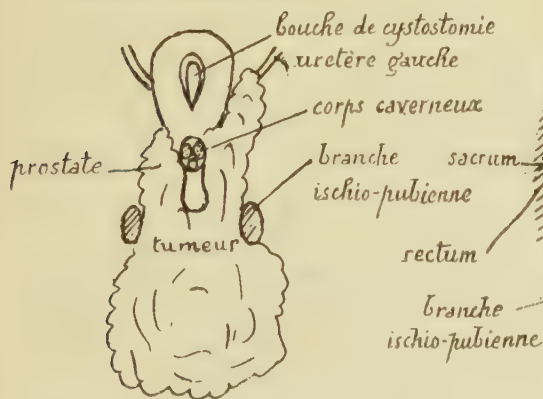
Les reins ne sont pas modifiés de volume. Les bassinets et les uretères sont dilatés.

Poids de la pièce : 745 grammes.

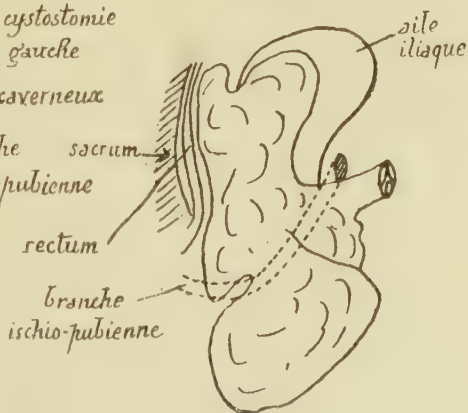
Rien à la vessie. Rien au rectum.

Pas d'infection urinaire.

Face antérieure



Profil



Examen anatomo-pathologique de M. le Professeur Sabrazès.

Tumeur infiltrante à éléments lymphocytoïdes, type lymphocytome ou lymphoblastome. La tumeur procède surtout par noyaux et travées. La prostate est envahie. On trouve des lymphoïdes et une tumeur maligne du type épithéliomateux, néo-trabéculaire.

Dans le péritoine, éléments de cellules lymphocytoïdes de type moyen et petit avec peu de grands éléments. On trouve quelques tubes épithéliomateux à cytoplasme clair formant des cordons dans lesquels les cellules sont un peu dissociées. Au milieu des cellules lymphoïdes, grandes cellules de type monocyte à noyaux lobés et même binucléés. Éléments de tissu réticulo-endothélial.

OBSERVATION I

Empruntée à Isambert (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, tome 28, mars 1853, p. 97-102).

Enfant de 8 ans et demi, pris une nuit, en juillet 1852, de rétention d'urine. Puis, mictions goutte à goutte avec besoin impérieux d'aller à la selle et impossibilité de retenir les matières. Urines glaireuses. Cathétérisme pendant six semaines difficile, avec souvent urétrorragie.

Vie normale pendant quatre mois suivie d'une reprise de dysurie avec catarrhe vésical. Sonde à demeure.

Janvier 1853. Tumeur volumineuse remontant à deux centimètres au-dessus de l'ombilic, après cathétérisme difficile. Une sonde en gomme doit être enfoncée entièrement (25 centimètres). Urines troubles. Vessie très douloureuse.

Les urines deviennent purulentes et l'état général très mauvais avec prostration et incontinence des matières fécales. Mort le 20 janvier 1853 dans les convulsions.

Autopsie. — Tumeur qui occupe tout le petit bassin et soulève la vessie en envahissant son bas-fond. La prostate a disparu dans la tumeur. Rectum intact. Uretères distendus. Reins hypertrophiés pleins d'une urine purulente.

Examen histologique de la tumeur (Broca et Robin. — Tissu

fibro-élastique et tissu musculaire dégénéré au milieu desquels il est impossible de préciser la substance propre de la prostate.

OBSERVATION II

Empruntée à Socin et Burekhardt. (Handbuch der Chirurgie de Pitha et Biblroth. Stuttgart, 1871-1875, tome III. p. 106-107.)

Homme de 26 ans mort avec le diagnostic de sarcomatose de la moelle osseuse, mais sans avoir présenté de troubles urinaires.

Vomissements, douleurs dans divers os et articulations, marche pénible, défécation douloureuse. Evolution : 5 mois.

Autopsie. — Volumineuse tumeur prostatique en rapport avec les os du bassin qui ont été envahis. Vésicules séminales intactes. Métastases dans les ganglions retro-péritonéaux, le foie, les poumons, les plèvres et un bon nombre d'os.

Examen microscopique : Rhabdomyosarcome de la prostate.

OBSERVATION III

Empruntée à Socin (loc. cit.).

Homme de 51 ans, dysurique depuis un an. Depuis six semaines en rétention complète avec cathétérisme difficile. Cystite intense. A l'exploration vésicale, tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, prise pour un calcul. Mort dix jours après.

Autopsie. — Tumeur intra-vésicale, pédiculée et implantée sur le lobe moyen de la prostate et tellement dure qu'il fallut la scier. Hypertrophie simple des deux lobes latéraux indépendants de la tumeur.

Examen histologique. — Sarcome globo-cellulaire à grosses cellules rondes très vascularisé et en partie calcifié. Dégénérescence sarcomateuse des ganglions mésentériques.

OBSERVATION IV

Empruntée à Socin (loc. cit.).

Enfant de 8 mois pris de rétention d'urine avec mictions par regorgement. Puis une tumeur abdominale s'est développée rapidement et progressivement pour remonter jusqu'à l'ombilic, au bout de quatre mois d'évolution de la maladie.

Autopsie. — Tumeur s'élevant entre la vessie et le rectum et remplissant tout le petit bassin. Elle englobait complètement l'urètre et le déviait latéralement. Double coudure de l'urètre.

Examen histologique. — Sarcome globo-cellulaire à petites cellules rondes.

OBSERVATION V

Empruntée à Koupland (in Transact. of the Pathol. Soc. of London, vol. 28, 1877, p. 179.).

Homme de 29 ans pris brusquement de cystite et de rétention d'urine nécessitant le cathétérisme.

Toucher rectal très douloureux. Hypertrophie uniforme, ferme, lisse de la prostate.

Mort au bout de cinq mois avec hématurie et diarrhée.

Autopsie. — Tumeur faisant saillie dans la vessie, à aspect polypeux, villeux, recouverte de tissu nécrosé et entourant le col vésical et l'urètre prostatique. Vésicule séminale gauche englobée.

Métastases pancréas et surrénale droite.

Examen histologique. — Lymphosarcome.

OBSERVATION VI

Empruntée à Hughes (*Philadelphia medical times*, 16 décembre 1882, vol. XIII, p. 205).

Homme de 35 ans. Pendant un an, troubles de la miction puis rétention d'urine. Cathétérisme impossible. Ponction sus-

pubienne. Tumeur remontant à l'ombilic. Taille périnéale. Mort dix jours après par péritonite.

Autopsie. — Tumeur pesant 2 kil. 325, mi-squirrheuse, mi-encéphaloïde, renfermant de petits kystes à contenu purulent. Nombreux nodules sarcomateux disséminés sur le péritoine, à la surface du foie et de la rate. Paroi vésicale en partie infiltrée jusqu'à la muqueuse.

Examen histologique. — Sarcome à cellules rondes.

OBSERVATION VII

Empruntée à Spanton (*The Lancet*, 1882, tome I, page 1032).

Vieillard de 70 ans qui, depuis deux ans, accusait une constipation opiniâtre et de vives douleurs à la défécation, sans troubles urinaires. Tumeur abdominale. Prostatectomie périnéale : grosse tumeur prostatique, du volume du poing, extirpée par fragments à cause de sa friabilité. Toute une partie de la tumeur située derrière et au-dessus de la symphyse, entourant le col vésical, de consistance molle, ne put être enlevée.

Examen histologique. — Sarcome à cellules polymorphes.

OBSERVATION VIII

Empruntée à West (Transact of the pathol. Soc. of London, 1883, vol. XXXIV, p. 145).

Jeune homme de 21 ans. Dysurie. Vessie distendue. Cathétérisme. Hématurie. On ne soupçonna chez lui l'existence d'un néoplasme que quelques jours avant sa mort. Evolution en un mois.

Autopsie. — Grosse tumeur molle, demi-fluctuante, du volume d'une grosse orange, occupant la place de la tumeur.

Examen histologique. — Sarcome à cellules polymorphes.

OBSERVATION IX

Empruntée à Oliva (*Oss. Torino*, 1883, XXX, p. 609, 625 et 641 et *Gaz. della chir.*, 1883, n° 39 et 42).

Jeune homme de 18 ans. Mictions difficiles. Rétention. Cathétérisme. Tumeur prostatique volumineuse (abdominale) qui se compliquait d'un abcès urineux qui fut incisé par voie périnéale. Mort six jours après. Durée de la maladie : sept mois.

Autopsie. — Caverne gangréneuse à gauche de l'urètre postérieur. Lobe gauche de la prostate normal. Lobe droit converti en un sarcome gros comme une orange envoyant un prolongement vers le périnée. Ganglions sacrés envahis.

Examen histologique. — Sarcome globo-cellulaire à petites cellules rondes.

OBSERVATION X

Empruntée à Wind (Inang. Diss-München, 1888).

Enfant de 5 ans et demi, ayant présenté environ quatre mois avant sa mort : des mictions douloureuses, de l'incontinence, de la dysurie. Puis, vessie distendue et rétention complète. Le cathétérisme rencontrait un urètre rétréci dans sa partie postérieure et une vessie distendue. Tumeur de la prostate palpable par le rectum et remontant jusqu'à l'ombilic. Mort de pneumonie.

Autopsie. — Tumeur prostatique multilobée émettant des prolongements papillomateux pénétrant dans la cavité vésicale et dont l'un d'eux s'était glissé dans l'urètre. Hydronéphrose.

Examen histologique. — Sarcome fuso-cellulaire à petites cellules.

OBSERVATION XI

Empruntée à Stein (in Smith et Togerson : *Surgery of Gyn. et Obst.*, Chicago 1926, XLIII, p. 328).

Homme de 42 ans. Sarcome.

OBSERVATION XII

Empruntée à Mathias (*Zur kasuistik der prostata.*
Inang. Diss-München, 1889).

Homme de 70 ans. Constipation et dysurie. Douleurs abdominales. Rétention d'urine. Cathétérismes. Mort au bout de six mois.

Autopsie. — Envahissement vessie, urètre postérieur, rectum. Métastases dans les ganglions rétropéritonéaux et les vertèbres.

Examen histologique. — Angiosarcome trabéculé.

OBSERVATION XIII

Empruntée à Stein (*Archiv. of. Klin. chir.*, XXXIV, 3,
p. 537-554).

Homme de 25 ans. Rétention d'urine. Cathétérisme difficile et douloureux. Troubles de la défécation. Envahissement rapide de la tumeur. Puis, cathétérisme impossible d'où taille hypogastrique. Mort après neuf mois et demi de maladie.

Autopsie. — Sarcome ayant envahi la vessie et le rectum.

OBSERVATION XIV

Empruntée à Tordens (*Journal de méd., chirurg. et pharm. de Bruxelles*, 1890, vol. XC, p. 405).

Enfant de 8 mois, présentant de la constipation et des mictions douloureuses. Tumeur abdominale dure, lisse, indolore, du volume d'une tête d'enfant et remontant jusqu'à l'ombilic. Mort de broncho-pneumonie sans que le diagnostic de tumeur ait été porté.

Autopsie. — Tumeur ferme de 1.370 grammes refoulant la vessie en avant et surtout développée aux dépens du lobe gauche de la prostate.

Examen histologique. — Sarcome fuso-cellulaire à dégénérescence partielle myxomateuse (les zones de dégénérescence correspondent à des régions paraissant fluctuantes).

OBSERVATION XV

Empruntée à Spanton (*Transact of the Pathol., Soc.*
of London, t. XLII, 1891, p. 218).

Enfant de 5 ans présentant une hypertrophie des ganglions inguinaux. Depuis un mois, mictions douloureuses et difficiles. Cathétérisme difficile par suite d'un obstacle dans l'urètre membraneux. On constate la présence d'une tumeur prostatique s'accroissant rapidement vers l'ombilic et le périnée. Ponction sus-pubienne. Mort treize semaines après le début des accidents urinaires.

Autopsie. — Tumeur formée de deux parties : 1° une ferme, occupant la place de la prostate; 2° l'autre, molle, ayant envahi le tissu cellulaire pévien et les fosses ischio-rectales.

Envahissement de l'urètre et prolongements polypeux dans la vessie.

Examen histologique. — Myxo-sarcome.

OBSERVATION XVI

Empruntée à Barth (*Archiv. f. Klin. Chir.*, 1891, t. XLII, 4, p. 757).

Cystostomie périnéale chez un jeune homme de 17 ans pour remédier à des troubles urinaires : rétention d'urine, douleurs, cathétérisme difficile, urines purulentes. Troubles remontant à quatre mois et déterminés par une tumeur pévienne nettement perceptible par le toucher rectal. Prolifération rapide de la tumeur qui s'est épanouie en choux-fleur au niveau de la plaie opératoire. Mort par cachexie au bout de six mois.

Autopsie. — Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant à point de départ prostatique antérieur.

Examen histologique. — Sarcome à cellules polymorphes en voie de dégénérescence myxomateuse avec foyers hémorragiques.

OBSERVATION XVII

Empruntée à Birsch-Hirschfeld (*Lehrbuch der path. Anat.*, Leipzig, 1895, II, p. 1008).

Adénosarcome à développement extrêmement rapide et fatal chez un enfant de 2 ans.

OBSERVATION XVIII

Empruntée à Grœtzer (Inaug. Diss. Würzburg, 1895).

Jeune garçon de 14 ans et demi. Difficulté et douleur à la miction sont les troubles qui n'apparaissent que deux mois avant la mort. Au toucher rectal : tumeur périnéale médiane, assez dure et douloureuse à la pression. Cathétérisme facile. Prostatectomie périnéale. Extirpation incomplète de la tumeur par morcellement, à cause d'hémorragie abondante.

Mort vingt-huit jours après par généralisation de la tumeur.

Autopsie. — Métastases nombreuses et, en particulier, dans le cerveau.

Examen histologique. — Sarcome à grandes cellules rondes.

OBSERVATION XIX

Empruntée à Marsh H. (Transact. chir. Soc. of London, 1896-97, vol. XXX, p. 162).

Homme de 57 ans. Constipation opiniâtre qui avait attiré l'attention sur une tumeur située dans le bassin et qu'au cours d'une laparotomie faite en vue de son extirpation on crût d'origine osseuse. L'extirpation étant jugée impossible, on referme simplement. Dans la suite, rétention complète, d'où cathétérisme. La tumeur augmente rapidement de volume et le malade meurt quelques semaines plus tard avec des phénomènes d'occlusion intestinale. Durée de la maladie : deux ans et demi.

Autopsie. — Tumeur n'ayant aucune connexion osseuse

mais à point de départ prostatique et grosse comme une tête de fœtus. Elle remplit tout le bassin, repoussant la vessie en haut, vers l'ombilic, et comprimant tous les organes voisins sans les envahir.

Examen histologique. — Sarcome fusiforme.

OBSERVATION XX

Empruntée à Dupraz (*Revue des maladies cancéreuses*, II, 1896-97, p. 74).

Viellard de 73 ans. Rétention d'urine et cystite pour lesquelles on crût à une hypertrophie simple de la prostate. Atteint d'une subluxation de l'épaule gauche qui attirait l'attention par des douleurs violentes, on décida de faire une résection de celle-ci. L'opération montra qu'il s'agissait d'un sarcome et on ne put la pousser jusqu'au bout car le sujet mourut d'hémorragie sur la table d'opération. Depuis quatre mois, le malade était également soigné pour sa vessie et sondé tous les jours.

Autopsie. — Sarcome secondaire de l'omoplate. Sarcome à grosses cellules rondes de la prostate, développé surtout aux dépens du lobe gauche et vers le rectum auquel il adhérerait par des tractus fibreux. Tumeur prostatique ferme au centre, molle à la périphérie.

OBSERVATION XXI

Empruntée à Bland-Sutton (*Brit. Med. journ.*, 1897, I, 17 avril, p. 976).

Enfant de 7 ans. Rétention d'urine et tumeur pointant au périnée comme un abcès. Croyant à un abcès, incision : hémorragie et mort.

Autopsie. — Tumeur d'origine prostatique avec un bourgeon faisant saillie au niveau de l'orifice interne de l'urètre et causant la rétention d'urine.

Examen histologique. — Sarcome fuso-cellulaire contenant encore des espaces glandulaires.

OBSERVATION XXII

Empruntée à Verhoogen (*Cent. f. die Kranks der Ham. und Sexual org.*, 1898, t. IX, p. 19).

Homme de 53 ans. Sans aucun trouble fonctionnel, tumeur périnéale qui, depuis un an, avait entouré peu à peu l'anus. Toucher : tumeur dure, indolente, non adhérente à la peau, se confondant avec la prostate et ayant envahi la fosse ischio-rectale. Prostatectomie périnéale. Guérison et mort trois mois plus tard, probablement de récurrence.

Examen histologique. — Myxosarcome avec dégénérescence calcaire.

OBSERVATION XXIII

Empruntée à Schalek (*Prager médizin. Woch.*, t. XXIV, 1899, p. 547-553).

Enfant de 3 ans 3 mois qui présentait une tumeur pelvienne ayant déterminé rétention, puis incontinence d'urine. Opéré par le Professeur Bayer qui, avec la tumeur, extirpe tous les organes génitaux et une partie de la vessie. Mort cinq jours après l'opération. Durée de l'affection : deux mois.

Autopsie. — Tumeur molle, du volume du poing, exclusivement limitée à la prostate et développée excentriquement sans aucun envahissement.

Examen histologique. — Sarcome à cellules polymorphes présentant par places des foyers de dégénérescence myxomateuse et quelques hémorragies en des points assez nombreux, tissu prostatique normal.

OBSERVATION XXIV

Empruntée à Lévy (*Inaug. Diss. Freiburg*, 1899).

Homme de 45 ans qui, depuis 5 ans, présentait des troubles de la défécation : douleurs, constipation opiniâtre, hémorragies rectales fréquentes et graves. Toucher : tumeur prostatique

ayant envahi la paroi antérieure du rectum. La pression était douloureuse et provoquait hémorragies. Mort après avoir présenté pendant quelques jours des troubles vésicaux.

Autopsie. — Tumeur grosse comme une tête d'enfant, occupant tout le petit bassin, adhérent en arrière au rectum, en avant à la vessie, dont la muqueuse était cependant normale. Prostate et vésicules séminales complètement englobées dans la tumeur. Urètre complètement perméable. Paroi antérieure du rectum ulcérée. Métastases dans le foie.

Diagnostic du Professeur Ziegler : sarcome de la prostate.

Diagnostic du Professeur von Kahliden (trois ans plus tard) : fibromyosarcome de la prostate.

OBSERVATION XXV

Empruntée à Roze (Communication à la *Frei Vereinigung der Chir. Berlin*, 119^e séance, 11 novembre 1901).

Enfant de 5 mois. Rétention complète. Cathétérisme impossible. Cystostomie. Développement rapide de la tumeur prostatique avec compression du rectum. Mort. Maladie vingt-deux jours.

Examen histologique. — Tumeur grosse comme un œuf de poule. Sarcome à petites cellules rondes.

OBSERVATION XXVI

Empruntée à Roze (*loc. cit.*).

Enfant de 2 ans et demi. Rétention d'urine. Mictions goutte à goutte par regorgement. Cathétérisme difficile. Adénite inguinale. Cystostomie. Mort. Durée de l'affection : trois semaines.

Autopsie. — Sarcome globo-cellulaire à petites cellules rondes. Pas de traces de glande prostatique. Hypertrophie de la musculature vésicale avec destruction d'une grande partie de l'épithélium et nombreux foyers de cellules rondes. Ganglions iliaques envahis.

OBSERVATION XXVII

Empruntée à Kaufman, 1902 (In Smith and Togerson).

Homme de 24 ans et demi. Lymphosarcome. Extension à la vessie, à l'urètre postérieur, aux vésicules séminales. Métastases dans les plèvres, le pancréas, les fémur et tibia.

OBSERVATION XXVIII

Empruntée à Burkhardt (*Centr. f. die Krankh der Ham und sexual org.*, 1894, t. V, 3, p. 152-157).

Homme de 50 ans. Constipation opiniâtre ayant résisté à tous les laxatifs, sans troubles urinaires. Toucher rectal : tumeur du volume du poing semblant développée dans la prostate, siégeant surtout dans la paroi latérale droite du rectum. Muqueuse rectale mobile sur la tumeur, sauf en un point où elle était adhérente et ulcérée. Prostatectomie périméale. Guérison. Récidive quatre ans et demi après l'opération et entraînant la mort dans l'espace d'une année.

Examen histologique. — Angiosarcome.

OBSERVATION XXIX

Empruntée à Kaufman (In Socin et Burkhardt, *loc. cit.*).

Enfant de 9 mois et demi qui, quelques semaines avant sa mort, présenta des mictions douloureuses et, enfin, rétention. Cathétérisme difficile. Phénos intestinaux avant la mort. Durée de la maladie : sept semaines.

Autopsie : Vessie distendue, soulevée par une tumeur occupant toute la région prostatique, ferme, élastique, avec points pseudo-fluctuants. Rectum aplati d'avant en arrière, mais pas d'adhérences. Pas de métastases.

Examen histologique. — Rhabdomyosarcome.

OBSERVATION XXX

Empruntée à Kaufman (In Socin et Burkhardt, *loc. cit.*).

Enfant de 4 ans. D'abord violentes douleurs urétrales suivies bientôt de rétention complète. Cathétérisme difficile donnant l'impression d'un obstacle dans l'urètre postérieur. Toucher rectal : tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, arrondie, élastique, qui repousse la paroi rectale et sur laquelle la muqueuse est difficilement mobilisée. Les mictions normales se rétablissent pendant quelque temps, mais la tumeur augmente rapidement. Les mictions redeviennent difficiles et le malade meurt cinq mois après la constatation des premiers accidents.

Autopsie. — Tumeur grosse comme les deux poings et englobant prostate, vésicules séminales, ampoules des canaux déférents. Elle remplit presque tout le petit bassin et fait de petites saillies, de la grosseur d'une noisette, dans la cavité vésicale.

Examen histologique. — Aspect non identique en tous les points. Rhabdomyome et, par endroits, sarcome fusiforme.

OBSERVATION XXXI

Empruntée à Botesco (*Rev. de Chir.*, 1902, nov. iv. 175).

Enfant de 2 ans. Angiosarcome avec dégénérescence myxomateuse.

OBSERVATION XXXII

Empruntée à Kaufman (In Socin et Burkhardt, *loc. cit.*).

Enfant de 1 an et demi. Rétention complète subite onze jours avant la mort.

Examen histologique. — Sarcome globo-cellulaire de la prostate à petites cellules rondes, avec dégénérescence myxomateuse et graisseuse.

OBSERVATION XXXIII

Empruntée à Kaufman (In Socin et Burkhardt, *loc. cit.*).

Homme de 24 ans et demi qui, malgré la présence d'une tumeur prostatique de la grosseur du poing, n'avait présenté, durant sa vie, aucun symptôme clinique qui pût y faire penser.

Autopsie. — Tumeur grosse comme la tête d'un enfant, ferme, faisant saillie dans la cavité vésicale. Col vésical et urètre prostatique infiltrés par la néoplasie qui formait d'épais replis au niveau du trigone. Un peu du tissu prostatique normal au centre et à la partie inférieure du lobe gauche. Vésicule séminale droite et extrémité inférieure de la gauche englobées dans la tumeur. Métastases plèvres, reins, pancréas, dure-mère, ganglions cervicaux, fémur, tibia, voûte crânienne.

Examen histologique. — Lymphosarcome.

OBSERVATION XXXIV

Empruntée à Stern (In Smith and Togerson).

Enfant de 4 ans mort deux jours après opération. Sarcome à petites cellules rondes.

OBSERVATION XXXV

Empruntée à Riédel (in Smith and Togerson).

Homme de 40 ans. Durée de la maladie : 2 mois et demi. Sarcome propagé à la vessie, à l'urètre postérieure, au rectum. Métastases dans les poumons.

OBSERVATION XXXVI

Empruntée à Kapsammer (*Wiener Klin. Woch*, 1903, n° 5).

Homme de 40 ans qui, après quelques troubles urinaires : mictions difficiles, fut pris de rétention complète et se sonda

lui-même. Cystite. Hématuries. La prostate, normale au début de la rétention, augmenta beaucoup de volume et très rapidement.

Autopsie. — Tumeur prostatique ayant fait irruption dans l'urètre.

Examen histologique. — Sarcome globo-cellulaire à petites cellules mélangées à de nombreux îlots de cartilage hyalin : chondro-sarcome.

OBSERVATION XXXVII

Empruntée à Lévy (*Müncher Méd. Woch.*, 10 mars 1903, n° 10, p. 430-431).

Enfant de 4 ans, pris brusquement de rétention complète qui nécessite le cathétérisme. 15 jours après, vessie fortement distendue et cathétérisme devenu impossible par suite d'un obstacle au niveau de la portion membraneuse.

Périnée soulevé à droite par une tumeur qui est sentie par le toucher rectal et occupe tout le bassin. Cystostomie sus-pubienne pour évacuer la vessie et quelques jours plus tard incision périnéale pour lever le rétrécissement urétral. Mais périnée infiltré par le néoplasme qui s'extériorise dans les jours suivants par la plaie périnéale et s'étale en choux-fleur. Mort de cachexie six semaines après.

Autopsie. — Tumeur ayant envahi la prostate et l'urètre prostatique sans toucher au rectum et à la vessie. Métastases dans le rein.

Examen histologique. — Myxosarcome.

OBSERVATION XXXVIII

Empruntée à Van der Haven. (*Nederl. Tijdschr. v. Geneek*, 1903, n° 16, 18 avril, p. 923.)

Enfant de 6 ans et demi. Rétention d'urine. Cathétérisme. On suppose calcul vésical. Urétrotomie externe. Cystostomie sus-pubienne. Développement rapide de la tumeur. Mort au bout de 3 mois.

Examen histologique. — Sarcome.

OBSERVATION XXXIX

Empruntée à Riedel (in Smith and Togerson).

Enfant de 4 ans. Durée de la maladie trois mois. Sarcome à cellules rondes. Extension au périnée, à la vessie, à l'urètre. Métastases dans les glandes rétropéritonéales et les reins.

OBSERVATION XL

Empruntée à Gibson (in Smith and Togerson).

Homme de 35 ans. Sarcome à petites cellules rondes à évolution rapide. Extension à la vessie. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XLI

Empruntée à Bach (in Smith and Togerson).

Homme de 34 ans. Durée de la maladie : trois mois. Sarcome à cellules rondes. Extension à la vésicule séminale droite. Métastases, rate, mésocolon et glande thyroïde.

OBSERVATION XLII

Empruntée à Frankel (in Smith and Togerson).

Enfant de 10 mois. Durée de la maladie : quatre mois. Sarcome fuso-cellulaire. Extension à la vessie et à l'urètre prostatique.

OBSERVATION XLIII

Empruntée à Conforti et Favento (*Folia Urologica Band I*, n° 2, 1907).

Homme de 45 ans, ayant eu subitement, en octobre 1904, un premier accès de rétention complète, l'urine étant tout à fait claire, la prostate molle mais augmentée de volume. Un mois plus tard, deuxième accès de rétention avec forte tem-

pérature et vives douleurs vésicales. L'urine est alors trouble. La prostate est volumineuse, molle, fluctuante. Après quelques jours de sonde à demeure, notable amélioration.

Le 1^{er} janvier 1905, rétention incomplète, forte fièvre, pyurie. La prostate est grosse, proéminente mais plus fluctuante. Le docteur Nicolich veut faire la prostatectomie transvésicale mais la tumeur a déjà envahi l'urètre et la vessie. Le malade meurt cachectique quatre mois plus tard. Lymphosarcome de la prostate ayant envahi la vessie, l'urètre et l'uretère gauche.

OBSERVATION XLIV

Empruntée au professeur Guyon (dans Proust et Viau).

Jeune homme de 19 ans. Depuis un an un peu de retard dans la miction qui est difficile. Puis, besoins fréquents d'uriner avec gêne augmentant progressivement. Une crise de rétention aiguë l'oblige à se faire sonder deux fois. En 1905, après une année ainsi passée, crise de rétention avec mictions par regorgement. Tuméfaction rénitente, indolore du périnée. Le diagnostic d'abcès est posé bien que pas d'antécédents, pas de température. Incision : liquide séreux. Cavité remplie de bourgeons. Dans les jours suivants apparaissent deux nouvelles bosselures : une au fond de la plaie périnéale, l'autre dans le pli inguino-scrotal. Etroite zone d'induration au-dessus du pubis. Evolution rapide.

Autopsie. — Masse qui soulève le cul de sac péritonéal pré-vésical, qui s'étend en avant de la vessie et dans la fosse iliaque gauche, qui refoule la vessie en arrière contre le rectum. Cette masse se continue avec une autre qui, partie de la prostate, enserre l'urètre jusqu'au périnée.

Lésions de pyélonéphrite suppurée. Vessie pleine de pus avec végétations en choux-fleurs. Cavité de l'urètre agrandie mais en partie comblée par des bourgeons saillants.

Examen histologique. — Coupe de la tumeur : couleur jaune, consistance gélatineuse, presque diffluyente en certains points.

Sarcome à petites cellules rondes. Kystes hémorragiques. Pas de traces de glande prostatique.

OBSERVATION XLV

Empruntée à Grieg (*The Brith. J. Of. Child. Diseases*, 1908, n° 5, mai, p. 185-189).

Enfant de 4 ans. Début par incontinence diurne et nocturne d'urine sans phénomènes douloureux. Au bout de quelques mois, l'enfant commence à se plaindre au moment des mictions qui deviennent plus nombreuses (jusqu'à une tous les quarts d'heure). Chaque miction égale une cuillerée à soupe d'urine laissant déposer un sédiment de pus et d'oxalate de chaux. Cathétérisme et en retirant la sonde : un peu de sang et un bourgeon charnu dans l'œil de la sonde. Toucher rectal : tumeur volumineuse et dure dans la région prostatique. Taille sus-pubienne. Tumeur irrégulière, fongueuse, du volume d'une orange, développée autour de l'orifice interne de l'urètre. Une grosse partie de la tumeur est ramenée avec le doigt. Après opération : diminution notable de la douleur. Quelques jours après, enfant ramené chez lui et mort au bout de vingt jours.

Diagnostic. — Rhabdomyosarcome d'origine embryonnaire (Professeur Sutherland et Thomson Walker).

OBSERVATION XLVI

Empruntée à De Page (in Smith and Togerson).

Homme de 25 ans. Sarcome à petites cellules rondes étendu à la région. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XLVII

Empruntée à Powers (in Smith and Togerson).

Enfant de 6 ans. Evolution de la maladie : deux mois. Sarcome à petites cellules rondes. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XLVIII

Empruntée à Wolfgang-Veil (in Smith and Togerson).

Homme de 45 ans. Evolution de la maladie : cinq mois. Sarcome fuso-cellulaire. Extension à la vessie et à l'urètre postérieur. Métastases dans les glandes rétropéritonéales et les poumons.

OBSERVATION XLIX

Empruntée à Wolfgang-Veil (in Smith and Togerson).

Homme de 46 ans. Durée de la maladie : trois mois. Sarcome fuso-cellulaire ayant envahi le rectum. Métastases dans le foie et les reins.

OBSERVATION L

Empruntée à Steinberg (in Smith and Togerson).

Jeune homme de 19 ans. Evolution de la maladie : quatre mois. Sarcome à cellules rondes. Métastases dans les ganglions rétropéritonéaux, inguinaux et de la veine porte.

OBSERVATION LI

Empruntée à Eddington (*Brit. Med. Journ.*, n° 2542, 18 septembre 1909, p. 754-756).

Enfant de 21 mois. Incontinence. Œdème de la cuisse et du genou gauche de consistance dure. Mort. Myxosarcome. Reins légèrement hydronéphrotiques. Polypes obstruant l'urètre et les uretères.

OBSERVATION LII

Empruntée à Eastman (in Smith and Togerson).

Homme de 27 ans. Durée de la maladie : cinq ans. Sarcome à cellules fusiformes. Pas d'autopsie.

OBSERVATION LIII

Empruntée à Cohen (in Smith and Togerson).

Homme de 37 ans. Durée de la maladie : dix mois. Sarcome à cellules rondes. Extension à la vessie.

OBSERVATION LIV

Empruntée à Arzt. v. Linnert (in Smith and Togerson).

Homme de 40 ans. Durée de la maladie : huit mois. Chondrosarcome. Extension à l'urètre postérieur. Métastases dans les poumons.

OBSERVATION LV

Empruntée à Menocal (*Rev. de Méd. y Cir. de la Habana*, 1909, t. XIV, p. 59-64).

Jeune homme de 21 ans. Rétention d'urine. Tuméfaction prérectale. Incision. Gros abcès prostatique contenant du gonocoque apporté par une sonde avec laquelle on avait cathétérisé le malade. Tumeur se développe. Durée de la maladie : deux mois.

Sarcome globo-cellulaire. Extension à la vessie. Pas d'autopsie.

OBSERVATION LVI

Empruntée à L. Bobbio (*Clinique Chir.*, 1908, tome XVI, n° 12, p. 2040-2052).

Jeune homme de 18 ans. Blennorrhagie depuis huit mois, non guérie. Brusquement rétention, température, douleurs. On pense à prostatite aiguë. Incision pré-rectale. Prostate molle. Mort au bout de quatre mois.

Sarcome polymorphe avec plasmodes et fibres conjonctives ébauchées.

OBSERVATION LVII

Empruntée à L. Gibson (*The Journ. of. the Americ. Med. Ass.*, t. LIV, n° 17, 23 avril 1910, p. 1372-1373).

Homme de 34 ans. Depuis deux mois pollakiurie nocturne. Douleurs dans le bas-ventre. Masse dure allant du pubis à l'ombilic. Cathétérisme facile. Opération exploratrice. Augmentation rapide de la tumeur et mort.

Sarcome à petites cellules rondes ayant envahi la vessie. Pas d'autopsie.

OBSERVATION LVIII

Empruntée à Paschkiss (in Smith and Togerson).

Homme de 32 ans, mort un mois après l'opération. Sarcome à cellules fusiformes étendu à la vessie.

OBSERVATION LIX

Empruntée à Paschkiss (*Soc. roy. de Vienne. — Séance* du 16 avril 1909).

Homme de 50 ans qui, quatre ans auparavant, hypertrophie du lobe droit de la prostate. Il y a deux ans : tumeur de la moitié droite du bassin qui provoquait constipation opiniâtre, douleurs rectales et rétention d'urine. Noyaux métastatiques sous la peau du front, de l'aisselle, du scrotum. Opéré par Zuckerkandt : tumeur sous-péritonéale encapsulée du poids de 12 kilos. Mort le cinquième jour. Myosarcome.

OBSERVATION LX

Empruntée à Pleschner (in Smith and Togerson).

Homme de 54 ans. Mort douze mois après l'opération. Sarcome fuso-cellulaire.

OBSERVATION LXI

Empruntée à Kehrer (in Smith and Togerson).

Jeune homme de 17 ans. Durée de la maladie : huit mois. Sarcome à cellules mixtes rondes et fusiformes. Extension à la vessie et au colon sigmoïde. Métastases dans les ganglions rétropéritonéaux, thoraciques, cœcaux et sternaux.

OBSERVATION LXII

Empruntée au Professeur Pauchet (*Annales des Maladies des org. génito-urinaires*, 1912, tome II, p. 367).

Enfant de 6 ans. Dysurie. Toucher rectal : tumeur du volume d'une mandarine. Bon état général. Trois mois après : anus béant, le périnée bombe, une masse néoplasique énorme occupe tout le pelvis, l'hypogastre et fosse ischio-rectale droite. Mort cinq mois après le début des accidents. Sarcome.

OBSERVATION LXIII

Empruntée au Professeur Pauchet (*loc. cit.*).

Jeune garçon. Troubles urinaires avec saillie du périnée. Tumeur déjà volumineuse occupant tout le pelvis. Quinze jours avant cette constatation l'enfant jouait encore à l'école avec ses camarades. Il succomba exactement quatre mois après le début des accidents. Sarcome.

OBSERVATION LXIV

Empruntée à Osgood (*Ass. amér. des chirurgiens génito-urinaires*, VII^e réunion annuelle à Washington, mai 1913).

Jeune homme de 19 ans entré à l'hôpital avec le diagnostic de rétention d'urine due à un abcès prostatique. L'examen révéla une vessie distendue en même temps qu'une prostate grosse et dure, du volume d'un œuf de poule, hypertrophiée symétriquement, de consistance régulière. L'opération im-

médiate étant nécessaire pour drainer la vessie, on incise la capsule prostatique et, avec le doigt, on pratique l'énucléation d'une petite partie de la masse prostatique pour en obtenir l'examen et, à ce moment, sur les adhérences et l'étendue de la tumeur, on diagnostique une tumeur maligne.

Examen histologique. — Sarcome à petites cellules.

OBSERVATION LXV

Empruntée à Descuns (Thèse, Toulouse, janvier 1912).

Jeune homme de 14 ans. Juin 1911 : pollakiurie. Le 15 août : crise de rétention complète. Cathétérismes difficiles. Urines très claires à examens toujours négatifs. Puis, peu à peu, les urines deviennent purulentes avec température, amaigrissement, anorexie et insomnie

En septembre, un chirurgien constate, dans la région vésicale, une masse molle, indolore et pense à un néoplasme vésical.

En octobre : état général mauvais. Tumeur qui occupe toute la région hypogastrique jusqu'à l'ombilic. Urines purulentes par cathétérisme. La tumeur hypogastrique a diminué mais atteint encore le milieu de l'espace pubio-ombilical. Elle est indolore, dure, régulière, non bosselée. Toucher rectal : tumeur qui remplit tout le petit bassin et arrive jusqu'au périnée sans le faire bomber, refoule le rectum en arrière. Les toucher et palper combinés montrent qu'il s'agit d'une seule tumeur. Constipation opiniâtre. Pas de sang, ni dans les selles, ni dans les urines. Pas d'adénopathie. On pose le diagnostic de kyste hydatique du bassin. Intervention le 6 octobre : laparotomie sus-ombilicale. Essai d'énucléation mais adhérence et friabilité de la tumeur dans le Douglas et la région sous-vésicale. Le point d'émergence de la tumeur est au niveau de la prostate qui n'a plus sa forme normale. Rectum intact. Hémorragies. Extirpation à peu près complète de la tumeur aux ciseaux. Le neuvième jour après l'intervention, l'enfant se trouve mieux, urine seul, demande à manger. Mais brusquement mort dans la nuit du quatorzième jour.

Examen histologique. — Myxosarcome de la prostate à grosses cellules rondes.

OBSERVATION LXVI

Empruntée à Schneider (in Smith and Togerson).

Homme de 49 ans. Durée de la maladie : dix-huit mois.
Sarcome fuso-cellulaire étendu à la vessie.

OBSERVATION LXVII

Empruntée à Spitzer (in Smith and Togerson).

Homme de 24 ans. Durée de la maladie : 4 mois et demi.
Sarcome à cellules rondes. Extension à la vessie. Métastases dans les plèvres, les ganglions médiastinaux, les poumons, les reins, la vésicule biliaire.

OBSERVATION LXVIII

Empruntée à Parmenter (in Smith and Togerson).

Vieillard de 69 ans. Durée de la maladie : sept mois. Sarcome fuso-cellulaire. Extension à la vessie, au pelvis, à la paroi abdominale. Métastases péritonéales et intestinales.

OBSERVATION LXIX

Empruntée à Young (in Smith and Togerson).

Homme de 51 ans. Durée de la maladie : deux ans et demi. Sarcome à cellules mixtes. Extension à la vessie. Pas d'autopsie.

OBSERVATION LXX

Empruntée à Nicholson (*Brith. méd. journ.*, n° 3039, mars 1919, p. 378).

Enfant de 3 ans et demi. Dysurie et douleurs en urinant exigeant le cathétérisme depuis sept semaines. Cystostomie sus-pubienne et on vit que l'urètre prostatique était le siège

d'une tumeur de la grosseur d'une balle de golf. On l'énuclée facilement. Drainage sus-pubien. Guérison opératoire. Mais récurrence rapide et le malade meurt deux mois et demi après l'opération.

Examen histologique. — La tumeur a la structure du sarcome. Elle est formée de cellules rondes et irrégulières avec un stroma conjonctif mince. Elle présente de vastes zones de dégénérescence myxomateuse.

OBSERVATION LXXI

Empruntée à Newman (*Brith. méd. journ.*, Londres, 1919, tome I, p. 71).

Homme de 35 ans. Reçoit un coup de pied sur le périnée et les testicules. Dysurie. Deux mois après : douleur dans la région vésicale, rétention d'urine exigeant le cathétérisme, urine alcaline contenant un peu de sang et de pus. Toucher rectal : tumeur prostatique régulière. Comme l'hématurie était sévère et les signes généraux alarmants : cystostomie. Une quantité d'urine décomposée et de sang s'échappe. Il y avait une cavité dans la tumeur prostatique bien limitée. La cavité est curettée. Sarcome à cellules rondes. Drainage. La douleur cesse mais l'hématurie continue. A un deuxième examen : grosse augmentation du volume de la tumeur. Cinq mois après, vessie complètement envahie par la tumeur. Mort rapide par hémorragie, dans la cachexie.

OBSERVATION LXXII

Empruntée à Schoppler (in Smith and Togerson).

Sarcome à cellules rondes. Durée de la maladie : deux mois.

OBSERVATION LXXIII

Empruntée à Brongersma (*Rev. de chirurg.*, Paris, 1919, t. 57, p. 741).

Enfant pris soudain de rétention complète. Taille hypogas-

trique. Tumeur lisse de la prostate qui se laisse facilement énucléer. Récidive au bout de deux mois, de la grosseur d'une tête d'enfant, remplissant tout le bassin et se développant du côté de l'anus. Rayons X. Amélioration de très courte durée. Sarcome.

OBSERVATION LXXIV

Empruntée à Quinby (in Smith and Togerson).

Homme de 41 ans. Durée de la maladie : 5 mois. Lymphosarcome. Extension au périnée. Métastases dans le cerveau.

OBSERVATION LXXV

Empruntée à Herrick (*Annals of Surgery*, 1920, vol. 71, p.168).

Homme de 33 ans. D'abord dysurie, puis, deux semaines plus tard, rétention complète qui exige le cathétérisme pendant sept mois. Quatre fois un peu de sang. Selles régulières. Examen général négatif. Toucher rectal : tumeur large, élastique, de consistance uniforme, plus étendue à droite qu'à gauche. Vésicule séminale gauche palpable, tendue et semblant augmentée. B. W. négatif deux fois. Quelques globules de pus dans les urines. Opération par voie sus-pubienne : tumeurs papilleuses ayant fait saillie dans la région du trigone vésical. Extirpation. On suit tumeur énorme mais séparée du rectum. Suture vésicale et drain. Bonnes suites opératoires. Radium. Durée de la maladie : quatorze mois.

Autopsie. — Tumeur envahissant tout le petit bassin, la paroi abdominale, le mésentère, à surface loblée et jaune.

Constriction du rectum qui est envahi par la tumeur et ulcéré par places. Vessie enflammée et envahie. Lésions de pyélonéphrite.

Examen histologique. — Sarcome fuso-cellulaire.

OBSERVATION LXXVI

Empruntée à Stern et Ritter (*Amer. journ. of Surgery*, vol. XXXV, n° 8, août 1921, p. 238).

Homme de 45 ans. Depuis une semaine : brûlures à la miction. Depuis deux ans : pollakiurie diurne et nocturne. Depuis un an : mictions impérieuses. Toucher rectal : augmentation de volume localisée au lobe gauche de la prostate qui est ferme et régulière. Une sonde introduite dans l'urètre est nettement déviée du côté droit. Cystoscopie essayée mais impossible. Deux applications de rayons X, vingt-quatre heures après la dernière : hématurie abondante avec ténésme. Sonde à demeure.

L'hémorragie persistant : cystostomie. On trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule englobant tout le lobe gauche de la prostate. Enucléation suivie d'une application de 840 milligrammes-heure de radium, le tube de radium étant passé par l'urètre jusque dans la cavité prostatique. L'irritation vésicale dont se plaignait le malade disparut pendant quinze jours, puis reparut. Mort après deux ans et demi de maladie.

Autopsie. — Tumeur ayant envahi toute la vessie et la paroi abdominale depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. Envahissement du rectum. L'examen anatomo-pathologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un sarcome de la prostate à cellules fusiformes.

OBSERVATION LXXVII

Empruntée à Townsend (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1922, vol. 34, p. 55).

Vieillard de 72 ans. Dysurie et fréquence des mictions accompagnées de signes d'obstruction urinaire depuis six mois, avec, périodiquement, troubles gastro-intestinaux. Toucher rectal : prostate augmentée de volume et molle. Longueur urétrale : 25 centimètres. Pas d'obstruction à la sonde n° 20. Capacité vésicale : 200 cc. Résidu : 120 cc. Cystosco-

pie : saillie prostatique et cystite généralisée. Essai de prostatectomie : tumeur très friable. On enlève ce qu'on peut au scalpel et aux ciseaux. Sarcome à cellules rondes. Sort de l'hôpital avec fonctions urinaires normales. Perdu de vue.

OBSERVATION LXXVIII

Empruntée à Pleschner (in Smith and Togerson).

Homme de 56 ans. Durée de la maladie : un mois. Sarcome à cellules rondes étendu à la vessie et aux vésicules séminales. Métastases dans les surrénales, les ganglions de la veine porte, la rate, les reins, le foie, les os et la moelle osseuse.

OBSERVATION LXXIX

Empruntée à Putzu (in Smith and Togerson).

Enfant de 8 ans. Durée de la maladie : six mois. Sarcome à cellules fusiformes. Extension à la vessie, au rectum, à la paroi abdominale. Pas d'autopsie.

OBSERVATION LXXX

Empruntée à Gruber et Maier (in Smith and Togerson).

Vieillard de 64 ans. Durée de la maladie : sept mois. Extension à l'urètre. Métastases dans la rate, les reins.

OBSERVATION LXXXI

Empruntée à Mariani (in Smith and Togerson).

Enfant de 6 ans. Durée de la maladie : trois mois. Sarcome à cellules rondes. Extension à la vessie et à l'uretère.

OBSERVATION LXXXII

Empruntée à Symmers (in Smith and Togerson).

Homme de 30 ans. Durée de la maladie : trois mois. Lymphosarcome. Métastases dans les plèvres, les ganglions rétro-péritonéaux, les reins.

OBSERVATION LXXXIII

Empruntée à Bettoni (in Smith and Togerson).

Homme de 50 ans. Durée de la maladie : quatre mois et demi. Sarcome à cellules rondes étendu à la vessie. Métastases dans la rate, les lymphatiques de la veine porte, la surrénale gauche, le fémur, les reins et le foie.

OBSERVATION LXXXIV

Empruntée à Taschiro (in Smith and Togerson).

Homme de 60 ans. Durée de la maladie : quatre mois et demi. Sarcome mixte à cellules rondes et fusiformes. Métastases dans la rate, les plèvres, les intestins, le péricarde, les poumons et le foie.

OBSERVATION LXXXV

Empruntée à Salleras et Villar (*Revue de médecine de Séville*, mars 1925).

Homme de 32 ans. Dans ses antécédents, chancre et blennorrhagie compliquée d'épididymite double. Dysurie depuis quinze jours. Crises douloureuses avec, de temps en temps, rétention complète d'urine. Urines normales, claires, avec quelques grumeaux purulents. Prostate augmentée de volume, irrégulière, lisse, fluctuante à la base. Muqueuse rectale fortement œdématisée. Pas d'adénopathie. Diagnostic d'abcès de la prostate car température à 38°. Incision périnéale. Issue de sang et de masses blanchâtres d'aspect encéphaloïde. La

tumeur est seulement en relation avec le rectum. Dans les jours qui suivent, disparition de la dysurie qui reprend bientôt avec les mêmes caractères qu'au début. Peu après, la tumeur se reproduit totalement passant à travers la plaie périnéale. Rectum envahi. Vessie et urètre respectés. Mort rapide.

Examen histologique. — Sarcome polymorphe.

OBSERVATION LXXXVI

Empruntée à Lichtschlag (in Smith and Togerson).

Homme de 35 ans. Durée de la maladie : onze mois. Sarcome mixte à cellules rondes et fusiformes. Pas d'autopsie.

OBSERVATION LXXXVII

Empruntée à Smith and Togerson.

Homme de 31 ans. Rétention d'urine et cathétérismes depuis deux semaines. Toucher rectal : volumineuse masse occupant la place de la prostate. Extirpation par voie périnéale en deux larges pièces. Premier examen histologique : sarcome. Rayons X. La tumeur a depuis envahi, en huit semaines, le pelvis et refoulé la vessie. Mort quatre mois après la rétention aiguë qui avait été le premier symptôme.

Autopsie. — Envahissement vessie, urètre, rectum. Compression des vaisseaux iliaques droits, ce qui explique douleurs et œdèmes. Métastases dans la colonne lombaire et la plèvre gauche.

Deuxième examen histologique : Rhabdomyosarcome.

OBSERVATION LXXXVIII

Empruntée à Culver (*Journ. of Urol.*, t. XIV, n° 1 .
juillet 1929, p. 47-56).

Garçon de 12 ans. A 4 ans, tuberculose de la hanche droite guérie par ankylose. Subit, il y a quelque temps, l'extraction d'une molaire inférieure douloureuse et branlante. De l'alvéole faisait saillie un petit bourgeon rouge de 2 centimètres qui nécessita un curetage. Aussitôt après : douleurs sus-

pubiennes provoquées uniquement par la distension vésicale, pollakiurie et dysurie, puis rétention d'urine qui devient permanente. Toucher rectal : une masse volumineuse lisse et légèrement résistante remplace la prostate. Vésicule séminale droite dure et bourrée de nodosités. Pas d'adénopathie. Cystoscopie pénible : hyperémie vésicale. Une masse fait saillie au niveau du trigone qu'elle soulève, sans perforer la muqueuse. Cystostomie : la masse précitée obture complètement la lumière urétrale. Enucléation incomplète à cause des adhérences et de la friabilité. Mort de broncho-pneumonie vingt-deux jours après l'opération.

Examen histologique. — Sarcome à cellules rondes.

Autopsie impossible.

OBSERVATION LXXXIX

Empruntée à Kretschmer (*J. Urol.*, Baltimore, 1926, t. XVI, p. 301-305).

Homme de 31 ans. Pendant trois semaines : pollakiurie. Puis besoin impérieux d'uriner. Puis rétention complète d'urine qui, malgré le cathétérisme, exige de gros efforts de la part du malade. Toucher rectal : masse énorme envahissant le pelvis des deux côtés, molle, dont on ne peut préciser les limites supérieures. Seulement quelques leucocytes dans les urines.

Examen histologique. — Rhabdomyosarcome.

OBSERVATION XC

Empruntée à Kretschmer (*loc. cit.*).

Homme de 34 ans. Depuis deux mois et demi : pollakiurie diurne et nocturne, avec sensations fréquentes d'uriner. Amaigrissement rapide puis, hématuries quotidiennes. Deux mois après le début, n'urine plus que quelques gouttes à chaque fois. Résidu vésical : 250 cc. Pas d'incontinence. Pas de température. Toucher rectal : comme dans le cas précédent. Consistance rénitente.

Albuminurie, hyperleucocytose. Cystoscopie impossible. Plusieurs crises de rétention pendant son séjour à l'hôpital. Cystostomie palliative.

Autopsie partielle. — Envahissement des vésicules séminales, cystite, hydronéphrose bilatérale.

Examen histologique. — Sarcome à cellules rondes.

OBSERVATION XCI

Empruntée à Laquerrière et Bouchard (*Journal d'urologie*, septembre 1926, n° 3).

Enfant de 9 mois. Depuis trois semaines : rétention d'urine avec distension et mictions par regorgement, température à 38°. Cathétérisme facile : urines claires. Toucher rectal : grosse prostate lisse et rénitente. Cystoscopie : col soulevé comme dans les affections prostatiques, bulles d'œdème sur le col, colonnes multiples, soulèvement interurétral. Intervention : incision périnéale et prostatique. Pas de pus. Tissu blanchâtre qui fait penser à sarcome. Confirmation par la biopsie. Mort dans les premiers jours après l'opération.

Autopsie. — Toute la prostate est envahie par le tissu blanchâtre, vessie dilatée, pâle, avec colonnes multiples.

Examen histologique. — Sarcome fuso-cellulaire.

OBSERVATION XCII

Empruntée à Harry G. Bugbee (*The journ. of urol.*, t. XVI, n° 1, juillet 1926, p. 67-72).

Homme de 49 ans. Depuis quinze jours : mictions goutte à goutte avec jet d'urine très fin. Subitement crise de rétention qui nécessite le cathétérisme. Prostate très augmentée de volume, dont le lobe droit donne la sensation de fluctuation. Lobe gauche et bas-fond vésical indurés. Température. Pensant à abcès, urétrotomie externe mais issue de tissu ramolli et friable. Curettage et méchage. Le lendemain, drainage sus-pubien par cystostomie. Pendant quatre mois, radiothérapie. Amaigrissement de quinze kilos. Gêne périnéale

et douleur à la défécation. Depuis les six derniers mois, plus d'amaigrissement, le sujet reprend des forces. On perçoit au travers de la paroi rectale antérieure de petits noyaux ramollis qui ont tendance à diminuer de volume. Drainage sus-pubien maintenu.

Diagnostic histologique. — Leiomyome de la prostate.

OBSERVATION XCIII

Empruntée à Chauvin et Empereire (*Journ. d'Urol.*,
mars 1929, p. 252-257).

Homme de 20 ans. Depuis trois mois et demi, pesanteur périnéale; prurit anal; puis tenesme rectal, puis difficulté d'aller à la selle. Enfin, constipation opiniâtre. Prostate volumineuse résistante, élastique et à contours nets. On pense à un abcès et cathétérisme par sonde à bécuille qu'on introduit bec en bas pour essayer de l'ouvrir. On réussit à la troisième tentative : grande quantité de pus. Le malade remarque à ce moment quelques nodosités sur le gland, à la base.

Progressivement se sont créées également des indurations dans les corps caverneux. La verge s'est mise en état de demi-érection permanente et s'est incurvée. Il y a un mois, pour la première fois, mictions sanglantes, sans gêne à la miction, qui se sont fréquemment reproduites depuis. Hématuries totales, spontanées et solitaires. Les troubles de la défécation se sont accentués et, il y a quinze jours, crise d'occlusion intestinale qui a duré trois jours. Très mauvais état général. Crises douloureuses rectales très intenses. A l'examen : verge en demi-érection et incurvée, saillie marquée de toute la région hypogastrique, nodosités violacées, dures, de la grosseur d'un pois, indolores sur la couronne du gland, trois noyaux indurés dans les corps caverneux. Tumeur prostatique fait corps avec la masse hypogastrique. Muqueuse rectale mobile et intacte. Tumeur à la racine de la cuisse, en arrière des adducteurs, semblant sortir par le trou obturateur. Gros œdème du membre inférieur gauche. Pas de résidu vésical. Cystoscopie impossible. L'examen d'un des noyaux balaniques dit : sarcome globo-cellulaire à petites cellules rondes avec de

nombreux lacs sanguins et hémorragies interstitielles. Il s'agit d'un sarcome de la prostate parce que le praticien qui le vit tout à fait au début avait signalé qu'à ce moment-là, la prostate seule était intéressée. Alors on l'adresse au centre anticancéreux : trois flux convergents sur la tumeur : 1° un périméal (4 séances de 30 minutes) : 2 doses); 2° un sur le bourgeon de la cuisse droite (2 séances de 30 minutes); 3° un sus-pubien (comme le périméal). Filtre cuivre de 7/10, aluminium de 50/10, 4 milli. 200.000 volts, 1 séance tous les deux jours. Rétrocession rapide de la tumeur, de la constipation, des douleurs, des hématuries. Plus qu'un noyau dans la verge qui a repris sa rectitude. Sauf dans sa moitié gauche qui est dure, la prostate a repris une consistance et un volume normal.

A suivre.

CONCLUSIONS

Le sarcome de la prostate est une affection rare qui s'observe aux deux extrémités de la vie avec une fréquence plus grande chez l'enfant. Suivant l'âge aussi, il est indispensable de séparer deux formes cliniques qui diffèrent profondément.

Chez l'enfant, le début est le plus souvent brutal par des troubles urinaires suivis rapidement de troubles intestinaux et généraux. Le diagnostic très difficile, même précocement porté, ne permet pas un traitement chirurgical curatif qui n'a donné que des désastres. Seul était permis jusqu'ici le traitement chirurgical palliatif qui a donné des survies ne dépassant pas un an. Mais on est en droit maintenant, et c'est là le seul espoir, d'essayer de la physiothérapie.

Chez le vieillard, au contraire, le début est le plus souvent insidieux et analogue à celui du cancer de la prostate. Le toucher rectal permettra ici la différenciation d'avec l'épithélioma et l'hypertrophie. L'évolution lente donne le temps d'un traitement chirurgical heureux : la prostatectomie périnéale qui doit, semble-t-il, être associée à un traitement physiothérapique peut être plus efficace.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. DUVERGEY.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 20 Novembre 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BUMPUS (C.). — Radium and Roentgen ray in the treatment of sarcoma of the prostate. (*J. of Urol.*, t. 14, 1925, p. 519.)
- CONFORTI et FAVENTO. — *Folia urologica*, Band 1, n° 2, 1927.
- CULVER (Harry). — Sarcome de la prostate. (*The Journal of Urol.*, t. XIV, n° 1, juillet 1929, p. 47-46.)
- DESCUNS. — Thèse de Toulouse, janvier 1912.
- DUVERGEY, BLANC et RIGAUD. — Tumeur maligne de la prostate chez un jeune homme de 17 ans. (Société française d'Urologie, Paris, 17 novembre 1930.)
- GREENE CUMSTON. — *Journal d'Urologie*, 1914, tome v, p. 236.
Compte-rendu de la VII^e réunion annuelle de l'Association américaine des chirurgiens génito-urinaires, à Washington.
- HALLOPEAU. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la prostate. (Thèse Paris, 1906.)
- ISAMBERT. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, tome 28, mars 1853, p. 97-102.)
- JULLIEN. — Nouveau dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques. (Paris, 1880, tome 29, p. 697.)
- PAUCHET (Victor). — Sarcome de la prostate. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1912, tome II, p. 367.)
- PROUST et VIAU. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1907, tome I, p. 721.)
- SMITH et TOGERSON. — Sarcoma of the prostate. Report of a case with a digest of the litterature. (*Surgery of gynec. and chir. Chicago*, 1926, XLIII, p. 328.)

N.-B. — Chaque Observation est accompagnée de sa bibliographie où nous avons trouvé également quelques notes intéressantes.



